

INFORME DE CONDICIÓNS DE SAÚDE
1. SOLICITANTE (pódese substituír por etiqueta autoadhesiva)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DE NACEMENTO	IDADE	MOTIVO DO INFORME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Solicitude inicial de recoñecemento <input type="radio"/> Revisión do recoñecemento	

2. DATOS DA DISCAPACIDADE QUE ALEGA A PERSOA SOLICITANTE

A DOLENCIA QUE ALEGA É

-
- Física
-
- Intelectual
-
- Mental
-
- Sensorial

3. DIAGNÓSTICOS

Indique os diagnósticos* das enfermidades, trastornos ou outras condicións de saúde, enfermidade mental, discapacidade intelectual ou problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, prolongado, crónico o de larga duración

PATOLOXÍAS	DIAGNÓSTICO (obrigado cumprimento)	DATA DIAGNÓSTICO (obrigado cumprimento)	CODIFICACIÓN		FASE EVOLUTIVA
			CLASIFICACIÓN	CÓDIGO	
Demencias e enfermidades neurodexenerativas					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Patoloxía traumática					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Trastornos graves do comportamento					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Atraso mental/enfermidade mental/deterioro cognitivo					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, etc.)					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica

* Poderá presentar informes médicos que complementen o modelo normalizado.

4. INDIQUE OS TRATAMENTOS ACTUAIS, MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, AXUDAS TÉCNICAS, ORTOSES E PRÓTESES PRESCRITOS (obrigado cumprimento)

FARMACOLÓXICOS

HIXIÉNICO/DIETÉTICO

PSICOTERAPÉUTICO

INDICACIÓNS MÉDICAS DE SOPORTE TERAPÉUTICO, FUNCIONAL E/OU PRODUTOS DE APOIO

REHABILITADOR

-
- Recibe
-
- Non recibe

-
- Esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras
-
- Non esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras

OUTROS

5. INDIQUE AS MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, SOPORTE TERAPÉUTICO E AXUDAS TÉCNICAS QUE TÉN PRESCRITAS
(obrigado cumprimento)

- Oxigenoterapia Soroterapia Nutrición enteral por SNG/PEG Nutrición parental
- S. Vesical Ostomías Absorbentes Próteses/ortoses
- Andador Cadeira de rodas Suxeición mecánica
- Outros

6. INDIQUE SE EXISTE NECESIDADE DE APOIO PARA AS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO
(obrigado cumprimento)

- Leve Moderada Grave

7. INDIQUE SE ENTRE AS PATOLOXÍAS DESCRITAS, ALGUNHA DELAS CURSA EN BROTES
(obrigado cumprimento)

PATOLOXÍA	FRECUENCIA NO ÚLTIMO ANO	ÚLTIMO BROTE

8. INDIQUE SE A PERSOA SE PODE TRASLADAR FÓRA DO DOMICILIO

- SI NON

9. IDENTIFICACIÓN DO/DA PROFESIONAL QUE EMITE O INFORME (obrigado cumprimento)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DO INFORME
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORGANISMO/CENTRO DE SAÚDE			Nº COLEXIADO/A
<input type="text"/>			<input type="text"/>

SINATURA DO/DA PROFESIONAL

SELO

Lugar e data

 , de de